

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

144

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Salah AZAIZ

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Novembre 1911, à SOLIMAN (Tunisie)

**GROSSESSE TUBAIRE
ET SALPINGO-OVARITES**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Salah AZAIZ

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Novembre 1911, à SOLIMAN (Tunisie)

GROSSESSE TUBAIRE
ET SALPINGO-OVARITES

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 2^e

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
Hygiène et clinique de la première enfance.	FIESSINGER.
Clinique des maladies des enfants	LOEPER.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	RATHERY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	LAINEL- LAVASTINE.
Clinique chirurgicale.	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique.	GUILLAIN.
Clinique urologique.	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements.	CUNEO.
Clinique gynécologique.	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GREGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	VELTER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique propédeutique.	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LEVY-SOLAL.
Clinique cardiologie	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie.	OMBREDANNE.
Assistance médico-sociale.	HARVIER.
Professeurs sans chaire.	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT
	N.
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DEGREZ (H.)..
BARIETY	DESOLLE
BERNARD ET.	DIGONNET
BESANÇON (J.)	DOGNON
BONNET	FEVRE
BOULANGER	FUNK- BRENTANO..
BOULIN	GALLIARD
BROUET	GARCIN
BULLIARD	M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS..
CACHERA	GAYET
CORDIER	DE GENNES
COSTE	GIROUD
COUVELAIRE H.	HAGUENAU
DELARUE	
DELAY	
Pathologie chirurgicale.	Physique.
Pathologie médicale.	Médecine légale.
Pathologie médicale.	Obstétrique.
Hydrologie.	Physique.
Bactériologie.	Pathologie chirurgicale.
Chimie.	
Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale.
Pathologie médicale.	Parasitologie.
Histologie.	Pathologie médicale
Pathologie médicale.	
Anatomie.	Anatomie pathologique.
Pathologie médicale.	Physiologie.
Urologie.	Pathologie médicale.
Anatomie pathologique.	Histologie.
Pathologie médicale.	Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU	
NEVEU	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART-D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A MON PERE

A MON COUSIN MOUSTAPHA

A MON FRERE MOKHTAR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Clinique Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu de faire le grand
honneur d'accepter la présidence
du Jury de cette thèse.

Très respectueux hommage.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR V. CATHALA

Accoucheur Honoraire de l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu me suggérer ce travail. Je le remercie de la sollicitude qu'il m'a toujours témoignée, et de l'enseignement que j'ai recueilli dans son service.

En hommage de mes respectueux sentiments.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

Médecin des Hôpitaux de Paris

Médecin du Sanatorium de Brévannes

Qui me fit l'honneur de m'accueillir dans son service.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DESNOYERS

Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau

En remerciement des enseignements qu'il m'a toujours prodigués avec si bonne grâce et en témoignage de mon profond respect.

AU DOCTEUR RENÉ BROC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin Chef des Hôpitaux Sadiki et E. Conseil, de Tunis

Qui a été de ceux qui m'ont donné les premiers enseignements.

Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mon respectueux attachement.

AU DOCTEUR A. DARDANNE
Assistant de Gynécologie
à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau

Que je remercie de ses conseils.

A MON AMI

LE DOCTEUR G. PETIT-MAIRE
Médecin Assistant de l'Hospice de Brévannes

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1932

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

1933

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR L. RAMOND

1934

MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB

MONSIEUR LE DOCTEUR E. SOREL

1935

MONSIEUR LE DOCTEUR B. DESPLAS

1936

MONSIEUR LE DOCTEUR R.-I. WEISSMANN-NETTER

MONSIEUR LE DOCTEUR M. RENAUD

1937

MONSIEUR LE DOCTEUR H. LEMELAND

(In Memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ

1938

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DESNOYERS

1939

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

MONSIEUR LE DOCTEUR V. CATHALA

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES CONFÉRENCIERS

Grossesse tubaire et salpingo-ovarites

INTRODUCTION

« Quel est celui de nous qui, en opérant une grossesse tubaire rompue, n'a pas essayé de pénétrer le pourquoi de ce développement ectopique, et combien peu souvent l'énigme a pu être levée. Force est de reconnaître que la cause qui régit la nidation de l'œuf dans la trompe nous échappe presque toujours. La meilleure preuve en est, la multiplicité des travaux que continue à susciter la pathogénie des grossesses ectopiques. »

(A. GUILLEMIN,

In *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*.)

Multiplicité pathogénique, certes, mais il est un élément de certitude, c'est le rôle des lésions inflammatoires antérieures dans l'arrêt de l'œuf fécondé au niveau de la trompe. C'est là une notion classique. Déjà, Lawson Tait, en 1878, reconnaissait aux salpingites un rôle déterminant dans l'ectopie ; puis,

Kutner. Teinturier, Petersen, Vignard, J.-L. Faure vinrent appuyer cette idée. Il est évident que le rétrécissement inflammatoire et la perte des cils vibratiles de l'oviducte créent un obstacle mécanique à la progression ovulaire, suffisant à expliquer l'arrêt au niveau de la trompe.

Mais si ce rôle est actuellement admis, le désaccord persiste quant à la fréquence de cette étiologie.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations où des lésions salpingiennes inflammatoires manifestes évoluaient du côté opposé à une grossesse tubaire. En dehors des considérations de pathogénie, nous voulons surtout insister sur la difficulté diagnostique que soulève cette association. Difficulté réelle, mais diagnostic nécessaire, pour éviter des thérapeutiques inopportunes. Enfin, nous citons un cas de cette association rare de salpingite tuberculeuse et de grossesse tubaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse tubaire droite et pyosalpinx gauche

La femme J... M..., âgée de 32 ans, est entrée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 17 septembre 1939. L'étude de son passé génital relève : une première grossesse en 1927, terminée par un accouchement prématuré, au terme de sept mois et demi, d'une fille décédée à l'âge de trois mois. Une deuxième grossesse en 1933, conduite à terme, avec accouchement d'un garçon pesant quatre kilogs et suivie de suites de couches normales. Par ailleurs, elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de 13 ans ; règles normales et indolentes ; et on ne relève aucun antécédent génital pathologique.

A son entrée dans le service, le 17 septembre, elle présentait des pertes sanguines abondantes, une température à 39° et l'interrogatoire fixe ses dernières règles normales au 6 juin 1939. Pendant le mois de juillet, elle a perdu du sang noirâtre, pertes peu abon-

dantes, répétées, et elle a accusé plusieurs épisodes syncopaux.

Le lendemain de son entrée, le 18 septembre au matin, la température s'est abaissée à 38° , le pouls battait à 90 pulsations à la minute, les pertes sanguines étaient aussi abondantes. La palpation de l'abdomen décelait un utérus augmenté de volume, appliqué contre la paroi antérieure, et dont le fond remontait à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Au toucher vaginal, le col utérin était un peu gros, de consistance assez ferme, légèrement entr'ouvert, repoussé en avant, derrière la symphyse pubienne, par une masse assez volumineuse, repoussant le cul-de-sac postérieur, de consistance pâteuse, mal délimitée sur les côtés, et douloureuse à la pression.

On porte le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine due à la rupture d'une trompe gravide ou à un avortement tubaire.

La femme est gardée en observation dans l'attente d'une confirmation du diagnostic par les réactions biologiques de la grossesse (examen des urines, réaction de Friedmann).

Dans l'après-midi, la température s'élève à $38^{\circ}6$.

Le 19 septembre : la température s'élève davantage : $39^{\circ}1$ le matin, $39^{\circ}2$ le soir, et le pouls bat aux environs de 110. L'exploration de l'abdomen le

montre douloureux dans la région sous-ombilicale, et y décèle une légère défense musculaire.

Le 20 septembre : la température reste élevée : 38°9, avec un pouls à 105, le matin ; 39°8 le soir. La femme est examinée au spéculum ; on découvre, au niveau du cul-de-sac de Douglas, une ecchymose peu accentuée ; la ponction à ce niveau retire du sang noirâtre.

Le laboratoire apporte enfin sa confirmation : la réaction de Friedmann est positive.

On décide d'intervenir le lendemain.

Dans la nuit du 20 au 21 septembre, la femme est prise de douleurs abdominales violentes. Etat de choc marqué et agitation extrême. Tout examen est impossible. La femme ne peut même pas supporter le contact des draps.

Pensant à une reprise de l'hémorragie, on décide d'intervenir immédiatement.

INTERVENTION (M. CATHALA).

Après anesthésie au mélange de Schleich, on fait une incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'écoule un peu de sang. L'utérus, augmenté de volume, a plus l'aspect d'un utérus fibromateux ou métritique que d'un utérus gravide. Son fond remonte à mi-hauteur entre ombilic et pubis. La main, introduite derrière l'utérus, sent une masse arrondie qu'on libère facilement et qu'on extrait du cul-de-sac de Douglas. De cette masse sourd, par un

orifice de rupture, du pus verdâtre, fétide. C'est la trompe gauche, atteinte de salpingite suppurée; on la lie à ses deux extrémités, et on pose un surjet sur le ligament large. On explore les annexes du côté opposé, prolabées, dans le cul-de-sac de Douglas. Elles forment une masse plus volumineuse que la précédente; on ne peut pas les libérer. On sectionne alors entre deux pinces les pédicules annexiels, ce qui facilite l'énucléation de la masse.

On termine l'intervention par la ligature des pédicules, la fermeture de la paroi, un drainage à la Mickulicz avec trois mèches et un drain.

PIÈCES :

Grossesse tubaire du côté droit, non rompue, avec placenta développé comme un placenta de deux mois et demi environ, sans fœtus.

Pyosalpinx du côté gauche.

Le 21 septembre : le matin, la température est à 38°3, le pouls bat aux environs de 100, l'état de choc est persistant.

Dans la soirée, la température est à 39°9.

Le 22 septembre : l'état général reste atteint, la température est à 38°5 le matin, à 38°9 le soir, et le pouls à 140-160, devenant irrégulier; la langue est sèche; les urines sont peu abondantes (500 cc.); pas de gaz.

Le 23 septembre : aucune amélioration ne se produit; la température est à 38° le matin, à 40° le soir;

le pouls devient incomptable; les urines taries; pas de selles; pas de gaz. L'abdomen se météorise de plus en plus et, dans la soirée, apparaissent des vomissements. La malade devient agitée et la mort survient dans la nuit du 23 au 24 septembre.

En résumé: grossesse tubaire coexistant avec un pyosalpinx du côté opposé, rupture du pyosalpinx et mort par péritonite purulente.

OBSERVATION II

Grossesse extra-utérine droite et hémato-salpinx gauche

La femme A... G..., âgée de 28 ans, est entrée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 9 avril 1939. Primigeste de 28 ans, retard de règles de six semaines. Diagnostic clinique : grossesse extra-utérine rompue.

INTERVENTION (Mme FAYOT-PETIT-MAIRE).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, sang en abondance. Une main introduite dans l'abdomen perçoit la trompe droite rompue. Deux pinces aux deux extrémités de la trompe. Assèchement de la cavité péritonéale. Ablation de la trompe droite. Ligatures au catgut. L'examen de la trompe gauche montre un volumineux hémato-

salpinx. Salpingectomie gauche. Fermeture sans drainage en trois plans.

Suites opératoires apyrétiques. La malade quitte l'hôpital un mois après son intervention.

OBERVATION III

*Grossesse tubaire gauche rompue
et salpingite chronique hypertrophique droite*

Multipare de 38 ans. M... K... est hospitalisée le 16 novembre 1938, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, avec un syndrome d'hémorragie interne. Retard de règles d'environ deux mois, petites hémorragies, douleurs abdominales. Dans l'après-midi, brusquement, au milieu de ses occupations, a ressenti une douleur en coup de poignard au niveau du côté gauche du bas-ventre, suivie d'un état syncopal.

A l'examen, pâleur extrême, tendance à la syncope. température basse, pouls battant aux environs de 160, mal frappé. Tout l'abdomen est douloureux, en état de défense musculaire surtout à gauche. Au toucher vaginal col utérin long, fermé; utérus difficile à délimiter à cause de la défense musculaire, paraît petit et très élevé; culs-de-sac latéraux libres; cri du Douglas très marqué.

INTERVENTION (M. BIDOIRE).

Beaucoup de sang liquide sans caillot dans l'abdo-

men. Trompe gauche complètement éclatée dans sa partie externe, son pavillon est surdistendu. Le placenta qui s'insère au niveau de cette trompe est relié au fœtus par un mince cordon ombilical. Le fœtus, gros comme deux mois environ, est libre au milieu des anses grêles. Ablation facile des annexes gauches. Toilette du péritoine. Au niveau de l'annexe droite, présence d'un tout petit ovaire scléreux, gros comme une noisette, adhérent à la face postérieure du ligament large. Trompe droite rouge, congestionnée, augmentée de volume (crayon) et l'orifice externe paraît fermé. Fermeture de la paroi aux fils de bronze, sans drainage.

Transfusion sanguine.

Suites opératoires normales. La femme quitte l'hôpital vingt-cinq jours après son intervention.

OBSERVATION IV (1)

Salpingite nodulaire et grossesse tubaire

Jeune femme de 20 ans. Retard de règles de six semaines. Depuis trois semaines, elle perdait du sang et avait eu deux épisodes excessivement douloureux à huit jours d'intervalle, le dernier trois jours avant notre examen.

(1) Cité par GUILLEMIN, *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique*.

La palpation du ventre ne décelait pas de défense, mais une hyperesthésie douloureuse. Au toucher, on perçoit une masse arrondie, douloureuse, dans le cul-de-sac gauche ; la pression dans le Douglas provoque une vive douleur ; la mobilisation utérine est douloureuse. Le col, légèrement entr'ouvert, est un peu ramolli. Cette femme, qui circulait à pied en ville sans paraître trop souffrir, est opérée et, dès l'incision du péritoine, on constate une inondation péritonéale par rupture de la trompe. Ablation de la trompe, essorage de la cavité abdominale, guérison sans incident.

L'examen histologique donne lieu à la note suivante : Au voisinage de l'extrémité utérine de la trompe, il y a un nodule salpingien constitué par une sorte de repliement du conduit tubaire dont on retrouve les deux sections sur la même coupe. En cette région, on constate un épaississement très marqué des tuniques salpingiennes avec sclérose envahissant et dissociant la muqueuse. La perméabilité tubaire paraît, tout au moins partiellement, conservée. Hypertrophie des franges épithéliales et état congestif et oedémateux ; les lésions paraissent en rapport avec une salpingite ancienne.

OBSERVATION V ⁽¹⁾

Méto-salpingite puerpérale et grossesse extra-utérine

Simone V..., dactylo, a eu ses dernières règles le 25 février 1927; avant cela, elle était normalement indisposée; ses avant-dernières règles datent du 25 janvier.

A la suite de plusieurs tentatives abortives, elle présente, à la fin avril, quelques douleurs hypogastriques et lombaires et surtout une sensation de pesanteur continuelle dans le bas-ventre.

Le 17 juin, débute une hémorragie très abondante et, le 19, elle évacue un fœtus putréfié exhalant une odeur fétide. Elle entre à l'hôpital d'Ixelles, se plaignant de vives douleurs avec irradiations lombaires. Par la vulve suinte un écoulement noirâtre, fétide, avec expulsions de débris sphacelés de muqueuse.

La température est à 38°5; le pouls, filant, à 130; nombreux frissons. La malade est d'une pâleur extrême. Yeux cernés, nez pincé, lèvres décolorées.

A la palpation, tout l'hypogastre est tendu, douloureux.

Au toucher, empâtement diffus remplissant les culs-de-sac droit et postérieur.

Bientôt, s'installe une fièvre à paroxysmes vespé-

(1) Cas de DÉJARDIN, *Bruxelles Médical*.

raux : 36° le matin, 39° le soir. Le pouls est en correspondance avec la température. Grands et nombreux frissons. Constipation. Une hémoculture, pratiquée le 23 juin, reste négative sur bile et sur bouillon. L'analyse des urines montre la présence de pigments et d'acides biliaires, d'urobiline ; leur examen microscopique décèle de très nombreux leucocytes.

Formule sanguine :

Globules rouges : 2.600.000.

Globules blancs : 27.700.

—	Polynucléaires	neutrophyles....	92 %
—	—	éosinophiles '...	3 %
—	—	basophiles	1 %
—	Lymphocytes		4 %

Au toucher bi-manuel, pratiqué le 23, il est bien difficile de localiser la lésion, l'inflammation des annexes en empêchant une délimitation exacte. Le col est mou et entr'ouvert.

Le 4 juin, on constate un volumineux salpinx droit.

Le traitement a consisté en : glace sur le ventre, pansements vaginaux à la glycérine et au bouillon-vaccin. Vaccin Bruchettini.

Sous son influence, les phénomènes s'amendent ; la température tombe au-dessous de 37° et on décide de permettre à cette femme de quitter l'hôpital, à la condition de se représenter régulièrement à la con-

sultation du service. A ce moment, l'examen décelait des séquelles de métro-salpingite.

Ce n'est que *le 3 novembre* que la malade revient à la consultation ; elle a été indisposée, le 27 septembre, pendant quatre jours ; le 25 octobre, également quatre jours. Le 2 novembre, s'installe une hémorragie peu abondante de sang bien rouge, sans odeur ni caillot. Elle se plaint de vives douleurs de la fosse iliaque droite, surtout en position debout ; douleur au niveau du creux épigastrique, points scapulaire et thoracique. Pas de vertige, pas de pâleur, pas de syncope. Pas d'augmentation du volume des seins.

L'abdomen est souple, sans défense, normalement tympanique. Seul, le palper profond de la fosse iliaque droite provoque une légère douleur.

Le toucher combiné au palper montre un col ramolli, entr'ouvert. L'utérus, augmenté de volume, déborde le pubis de deux travers de doigt. Sa consistance est molle, sa mobilisation peu aisée et douloureuse. Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur ; celui-ci est envahi dans sa moitié droite par une tumeur occupant le cul-de-sac droit. Cette tumeur, de consistance assez molle, est grosse comme le poing ; elle est immobile et sensible au toucher. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une trompe augmentée de volume et un ovaire kystique de la grosseur d'une noix verte.

INTERVENTION le 3 novembre 1927.

Anesthésie au chloroforme. A l'ouverture du péritoine, l'épiploon est parsemé de caillots sanguins et adhérent au cul-de-sac vésico-utérin, au niveau de la face antérieure du ligament droit et à l'intestin.

Les adhérences détruites, on voit l'utérus augmenté de volume, mou, peu mobile, à séreuse très friable. L'ovaire gauche présente un kyste comme une grosse noix ; sa trompe est noduleuse, augmentée de volume. A droite, une masse de la grosseur du poing, adhérente au voisinage, plongeant sous le ligament large et la moitié droite du Douglas. Cette masse est très adhérente à l'utérus, au rectum et contracte avec certaines anses grêles, des adhérences intimes et fortement organisées qu'il faut sectionner au ciseau entre deux ligatures.

Cette tumeur ne se laissant pas cliver facilement, l'ovaire et la trompe gauches ne pouvant être conservés, je pratique l'hystérectomie par le procédé de Kelly et parvient à dégager la masse en l'abordant par sa face profonde ; son adhérence au rectum est si intime que, pour ne pas léser sa paroi, je me vois obligé de lui abandonner quelques lambeaux de l'enveloppe du kyste.

Péritonisation. Fermeture sans drainage.

Suites apyrétiques.

Examen de la pièce :

Nous nous trouvons en présence d'une grossesse extra-utérine avec hématoçèle rétro-utérine enkystée

L'utérus est mou, à péritoine friable. L'ouverture de la cavité utérine montre une muqueuse épaissie, irrégulière, se laissant aisément détacher par places. A gauche la trompe est augmentée de volume, elle est bosselée et dure. L'ovaire kystique est de la grosseur d'une noix.

A droite, un ovaire normal, collé contre la portion isthmique de la trompe; celle-ci est augmentée de volume. Elle présente une portion distale dilatée, remplie d'un coagulum hématique; une déchirure a permis la formation de l'hématocèle.

L'intérêt de cette observation réside dans la succession rapide :

- d'une grossesse utérine;
- d'une métrite et d'une double salpingite puerpérale;
- d'une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION VI ⁽¹⁾

Grossesse extra-utérine droite et salpingite suppurée gauche

M... R..., âgée de 21 ans, est hospitalisée pour un syndrome abdominal aigu et des métrorragies, après tentatives d'avortement.

(1) PASTORINI, *Prensa Argentina*.

Antécédents personnels :

Mariée à l'âge de 14 ans, avant sa puberté. Règles apparues peu après. Première grossesse à l'âge de 17 ans, terminée par un accouchement prématuré, au terme de huit mois, d'une fille vivante.

A sa rentrée, retard de règles de six semaines. Manœuvre abortive avouée (injection intra-utérine).

La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre, surtout vives au niveau de la fosse iliaque droite, et de douleurs lombaires. Nausées suivies de vomissements. Frissons. Température 37°6. Pouls 85. Métrorragie légère.

A l'examen (le 8 mai), douleur spontanée et provoquée dans le bas-ventre, s'accompagnant de défense musculaire. Au toucher, utérus en rétro-flexion, augmenté de volume et ramolli; col ramolli et entr'ouvert; la mobilisation utérine est difficile et douloureuse; le cul-de-sac gauche bombant. Le diagnostic de grossesse ectopique interrompue par un avortement tubaire est posé.

Repos au lit. Glace sur le ventre.

Les phénomènes douloureux s'amendent, et, le 12 mai, une ponction du Douglas est pratiquée; elle retire quelques gouttes de sang noirâtre.

Le 16 mai: exacerbation thermique coïncidant avec reprise des douleurs et des métrorragies.

Le 1^{er} juin : L'état de la malade reste stationnaire, la température est oscillante et, au toucher, le cul-de-sac gauche est occupé par une masse molle, rénitente dont la limite supérieure est imprécise, faisant corps avec l'utérus.

Le 21 juin : Le diagnostic d'hématocèle suppurée est porté et on décide d'intervenir par voie haute. Préalablement, une nouvelle ponction du Douglas, faite dans la partie gauche du cul-de-sac postérieur, a retiré un liquide séreux faisant modifier le diagnostic clinique (kyste de l'ovaire gauche).

INTERVENTION.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, ouverture du péritoine. Adhérences entre le corps utérin et les anses intestinales rompues. La trompe droite, augmentée de volume et basculée dans le cul-de-sac de Douglas, au milieu d'adhérences et d'un épanchement sanguin ancien qu'on assèche. Du côté gauche, après incision du feuillet postérieur du ligament large, la trompe apparaît augmentée de volume, à parois épaisses, irrégulières, adhérente à un kyste intra-ligamentaire qu'on dissèque soigneusement et qu'on extirpe sans pouvoir empêcher l'ouverture, par une petite brèche, de la trompe, qui laisse s'écouler du pus. Ovariectomie.

Péritonisation. Lavage à l'éther. Drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi.

En résumé : grossesse extra-utérine au niveau de la trompe droite avec avortement tubaire, pyo-salpinx gauche et kyste intra-ligamentaire.

OBSERVATION VII (1)

Grossesse ectopique gauche et salpingite suppurée droite

Femme qui entre à la clinique Tarnier pour douleurs abdominales. Diagnostic : salpingite double.

INTERVENTION.

Incision de Pfannestiel. Adhérences très étendues entre l'intestin et les annexes. On libère d'abord les annexes droites. Pendant le décollement de la trompe, il s'écoule une certaine quantité de pus. Pincés sur le segment supérieur, on tire fortement en haut ; ligature de l'utérine gauche. Décollement des annexes gauches. Pincés sur les ligaments rond et infundibulo-pelvien gauches. Thermo-cautère dans la cavité du col. Surjet péritonéal. Mèche dans le Douglas. Surjet sur le péritoine pariétal. Fermeture de la paroi.

PIÈCES :

A droite, salpingite suppurée. A gauche, grossesse extra-utérine ampullaire du volume d'une noix.

(1) BRINDEAU, *Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*.

OBSERVATION VIII (1)

Grossesse tubaire gauche et salpingite droite à gonocoques

Femme de 30 ans. Réglée à 14 ans. Un enfant à 22 ans. Une fausse couche à 29 ans. Depuis, ses règles sont douloureuses et elle perd en blanc entre ses règles.

Le 10 avril, ses règles viennent avec deux ou trois jours de retard; elles durent dix jours et sont très douloureuses.

A la fin d'avril, elle est soignée dans un autre service pour annexite double. Elle rentre chez elle le 3 mai.

Du 17 au 20 mai, puis du 8 au 16 juin, elle perd en rouge. Le 16 juin, vers 20 heures, douleur brusque, sensation de torsion dans tout le ventre et dans la région lombaire. Elle vomit. Elle continue de souffrir le 17 et le 18. Elle entre à l'hôpital le 19; elle perd et souffre toujours.

Examen : Elle est pâle; ses lèvres sont décolorées; elle paraît fatiguée, son pouls est rapide, sa température à 38°6, son ventre est ballonné, mais souple, sauf à la partie inférieure de l'hypogastre où il est très douloureux. Au palper bi-manuel: le col, très haut situé, plaqué contre la symphyse, est refoulé par

(1) HARTMANN, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.

une masse bombant dans le cul-de-sac postérieur et se prolongeant à droite et à gauche. Masse mobile et douloureuse. Mobilisation utérine très douloureuse.

INTERVENTION le 21 juin (M. HARTMANN.)

Le petit bassin est fermé par des adhérences. Nous libérons le côlon pelvien adhérent à la vessie et nous amenons une poche pleine de caillots noirâtres, remplissant le Douglas. La trompe gauche est distendue dans sa moitié externe; nous l'enlevons. La trompe droite est augmentée de volume et son pavillon fermé. Nous l'enlevons, en laissant l'ovaire, qui paraît sain, et l'utérus, qui est gros. Drain. Fermeture.

PIÈCES :

La trompe gauche contient un placenta implanté dans l'ampoule; par le pavillon largement ouvert s'écoule du sang. L'ovaire gauche contient un corps jaune de grossesse. La trompe droite est pleine de pus où l'examen microscopique montre des gonococcus.

OBSERVATION IX ⁽¹⁾

Salpingite kystique gauche et avortement tubaire droit

Multipare, sixième pare. Fausse couche l'année qui a précédé sa grossesse extra-utérine. Retard de règles

(1) CAZALIS, Thèse, Paris.

d'un mois et demi. Douleur violente basse, syndrome d'hémorragie interne. A l'examen, masse douloureuse au niveau du Douglas.

INTERVENTION.

Trompe droite gravide. Annexe gauche malade. Hystérectomie totale.

PIÈCES :

Ovaire scléro-kystique avec kyste hémorragique. Pavillon gauche fermé. Trompe contenant un liquide séro-purulent. Trompe droite, avortement tubaire.

OBSERVATION X ⁽¹⁾

Salpingite gauche et avortement tubaire droit

Multipare, ayant mené à terme trois grossesses normales.

Un avortement à deux mois et demi, avec hémorragie abondante. Séjour au lit d'un mois et demi. Depuis, douleur abdominale exacerbée au moment des règles.

Après un retard de règles de deux mois, métrorragie et douleur du côté droit. A l'examen, masse volumineuse latéro-utérine droite se prolongeant en avant.

INTERVENTION.

Hémorragie péritonéale d'un demi-litre environ.

(1) CAZALIS, *Thèse*, Paris.

Annexe droite, source de l'hémorragie. Annexe gauche adhérente. Hystérectomie totale.

PIÈCES :

Annexe gauche volumineuse. Pavillon fermé et, à l'examen histologique, épithélium cubique. Annexe droite : avortement tubaire.

OBSERVATION XI (1)

*Salpingo-ovarite droite suppurée
et grossesse extra-utérine gauche*

H..., 29 ans, réglée à quinze ans, ayant mené une grossesse à terme. Retard de six jours, suivi de métrorragie (26 novembre).

Le 4 décembre, douleur abdominale vive « semblable à celles de l'accouchement », vomissements.

Examen : au toucher, utérus basculé en arrière, fixé ; masse rénitente, grosse comme le poing, dans le cul-de-sac postérieur.

Le 18 décembre, température à grandes oscillations.

Le 22 décembre, ascension thermique. Début de péritonite. L'intervention est décidée d'urgence.

INTERVENTION.

Incision de Pfannestiel. Sang dans le péritoine. Adhérences. Utérus gros. Les annexes droites, les

(1) CAZALIS, Thèse, Paris.

premières libérées, sont volumineuses et contiennent du pus. Devant l'impossibilité de pratiquer l'hystérectomie d'un seul bloc on fait une hystérectomie par le procédé américain. Drainage. Fermeture de la paroi.

Guérison.

PIÈCES :

Salpingo-ovarite droite suppurée. A gauche, poche ovulaire, adhérente à l'utérus, à l'ovaire et au ligament large.

OBSERVATION XII (1)

Méto-salpingite et grossesse extra-utérine

B..., 25 ans, mariée depuis huit ans.

Pas d'enfant. Fausse-couche de deux mois et demi peu après son mariage.

Octobre 1928 : Examen : utérus à type infantile. Douleur et empâtement annexiel bilatéral, surtout marqués à gauche.

Hospitalisation : repos, glace, injections.

Le mari, examiné à cette époque, avouait avoir eu plusieurs blennorragies et présentait encore une « goutte » matinale.

(2) Communiquée par le Docteur DARDANNE.

1^{er} janvier 1930 : Elle consulte pour des métrorragies.

En novembre 1929, règles normales du 15 au 19 ; perd continuellement en décembre.

A l'examen : utérus un peu augmenté de volume. Annexe droite à surveiller.

3 janvier : Nouvel examen. Utérus gros, reporté vers la gauche. A droite, masse non douloureuse. Grossesse extra-utérine probable.

INTERVENTION.

Grossesse extra-utérine droite. Ablation des annexes droites.

L'intérêt de cette observation réside dans la succession, à long intervalle, d'une salpingite gonococcique et d'une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION XIII

Méto-salpingite et grossesse extra-utérine

Cette observation nous a été communiquée oralement par M. Douay.

Manœuvres abortives intra-utérines après un retard de règles de quelques jours.

Métrite, puis salpingite unilatérale, alors que, de l'autre côté, évoluait une grossesse extra-utérine.

INTERVENTION.

Hystérectomie subtotale.

OBSERVATION XIV ⁽¹⁾

Grossesse extra-utérine et pyo-salpinx bilatéral

G. Aigrot, dans la séance du 21 février 1924, à la Société de Chirurgie de Lyon, rapporte qu'ayant trouvé deux pyo-salpinx volumineux dans un cas de grossesse ectopique, il se demande par où le germe fécondant a pu passer, à moins d'admettre que les pyo-salpinx se soient formés après la fécondation.

(1) MÉRAT, *Thèse*, Paris.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'existence de lésions importantes, suppurées pour la plupart, au niveau des annexes opposées à la grossesse tubaire, est le fait essentiel qui se dégage de nos observations. Même en l'absence de renseignements histologiques, on doit penser que la trompe gravide n'a pas été épargnée par l'infection. Mais ici, l'atteinte a été moins profonde et s'il a été permis à l'ovule d'amorcer son trajet à travers l'oviducte de l'ovaire à l'utérus et aux spermatozoïdes d'aller à sa rencontre, si la fécondation a été possible, l'œuf fécondé n'a pas pu continuer sa migration, un obstacle s'est trouvé placé sur son chemin et il s'est greffé là où il se trouvait. La salpingite est capable de former cet obstacle.

La morphologie tubaire est bouleversée au décours d'une crise de salpingite. Hormis les cas où les lésions sont si importantes : cloisonnement, coudure, oblitération, que la perméabilité des trompes a disparu et la stérilité de règle, une infection salpingienne laisse presque toujours son empreinte au niveau de la trompe atteinte. Elle frappe toutes les tuniques.

Après une crise aiguë, l'architecture microscopique est modifiée :

- les plis de la muqueuse forment par endroit des végétations qui déforment la lumière tubaire ou la cloisonnent ;
- l'épithélium a perdu ses cils vibratiles ;
- parfois, il se stratifie et prolifère, rétrécissant la lumière salpingienne.

Les auteurs américains décrivent, sous le nom de salpingite folliculaire (Follicular salpingitis), une infection caractérisée par la formation au niveau des trompes de petites cavités qu'ils intitulent « espaces pseudo-glandulaires ». Ils expliquent la formation de ces espaces comme le résultat de la régénération de l'épithélium desquamé à partir de la base des replis tubaires recouvrant par la suite les stromas accolés par leurs extrémités libres. Ils retrouvent ces espaces pseudo-glandulaires après presque toutes les infections atténuées de la trompe et ces cavités favoriseraient la nidation ectopique de l'œuf.

La musculuse est traversée par un tissu de sclérose et la trompe est transformée en cordon rigide ; son péristaltisme s'en trouve diminué.

Les salpingites chroniques, soit hypertrophiques, hypertrophie atteignant la paroi aux dépens de la lumière tubaire, soit nodulaire, avec nodosités siégeant surtout au niveau de la partie rétrécie, segment in-

terstitiel du conduit salpingien, si elle laisse les trompes perméables, réduisent fortement leur lumière.

Le péritoine n'échappe pas à l'atteinte annexielle infectieuse. Ses lésions sont parfois prédominantes ou solitaires : brides, adhérences, coudures, séquelles de pelvi-péritonites, vont constituer un obstacle sérieux au cheminement de l'œuf, si toutefois il reste possible.

Le résultat final sera donc : une lésion visible sur la coupe de la trompe, rétrécissement du conduit tubaire ; des lésions microscopiques : perte des cils vibratiles et formation d'espaces pseudo-glandulaires.

Nous avons sciemment omis de parler de l'agent causal de la salpingite : gonocoque ou streptocoque, et du mode de propagation de l'infection, respectivement par voie muqueuse ou par voie veineuse ou lymphatique. Si le gonocoque se propage volontiers par voie muqueuse et si les désordres épithéliaux sont prédominants, si le streptocoque chemine plus volontiers à travers les voies veineuses et lymphatiques et si les altérations péri-tubaires sont les plus importantes, le résultat final est le même : si la fécondation reste possible, la lumière tubaire est diminuée.

PATHOGENIE

Normalement, la fécondation se fait dans le tiers externe de la trompe. L'ovule transformé par la pénétration du spermatozoïde, parcourt le canal tubaire et débouche par l'ostium uterinum dans l'utérus. Nisot signale que c'est le passage étroit de l'oviducte au niveau de la portion interstitielle qui constitue l'endroit dangereux pour la migration ovulaire. Cotte a précisé les éléments qui favorisent ce cheminement. Ils sont multiples :

- mouvement des cils vibratiles de l'épithélium tubaire ;
- courant séreux allant vers la cavité utérine ;
- mouvements péristaltiques de la trompe.

Il est naturel de penser qu'un obstacle né au niveau des trompes, capable d'arrêter la migration ovulaire, est susceptible de favoriser la grossesse ectopique.

Nous avons étudié, dans l'anatomie pathologique, le résultat d'une atteinte salpingienne qu'on peut résumer en :

- diminution de la lumière tubaire ;
- disparition des cils vibratiles ;
- formation de diverticules dans la paroi.

Le retentissement sur la migration ovulaire va être multiple.

a) La *migration* se trouve ralentie : la disparition des cils vibratiles, la diminution du pouvoir péristaltique de cette trompe infiltrée de tissu cicatriciel, même en dehors des obstacles qu'aura à franchir l'œuf, va ralentir considérablement la descente ovulaire..

b) La *diminution de la lumière tubaire* va, en définitive, arrêter cette migration.

c) Qu'à ce niveau, une *muqueuse peu altérée* permette la greffe ovulaire et la grossesse ectopique va se développer.

La nécessité d'une muqueuse peu altérée, notion sur laquelle insistent les auteurs américains, n'est pas admise par tout le monde. Brindeau, en particulier, dans une revue générale sur la salpingite et la gestation, écrivait : « C'est plutôt, croyons-nous, le rétrécissement et l'oblitération de la trompe qui provoquent la grossesse extra-utérine. Les lésions de la muqueuse tubaire sont de peu d'importance. » Nous croyons, au contraire, à la valeur de ces lésions et dans l'arrêt de la migration de l'œuf et dans sa greffe. Il est évident qu'une muqueuse par trop altérée ne peut assurer le développement de l'œuf.

d) Enfin, l'existence « *d'espaces pseudo-glandulaires* » de la « salpingite folliculaire » des auteurs américains serait une cause prédisposante à la nidation ectopique. L'œuf, emprisonné au niveau de ces diverticules, va continuer là son évolution.

A ces obstacles purement mécaniques, dont l'observation de Guillemin (observation IV : Existence d'un noyau de salpingite chronique au niveau de la trompe gravide) est une illustration, il faut ajouter l'*hyperhémie* sur laquelle insiste Nisot. Hyperhémie normale au cours de la menstruation, amenant l'obturation de la lumière tubaire interstitielle et de l'ostium uterinum, elle peut être provoquée soit par l'infection de l'autre trompe, soit au cours de manœuvres abortives intra-utérines. Si elle se manifeste au moment où l'œuf est encore dans la trompe, elle peut ou bien le mettre dans l'impossibilité de parvenir dans l'utérus par obstruction de la lumière tubaire et jeu défectueux des cils vibratiles, ou bien le placer dans des conditions si favorables de greffe qu'il ne pousse pas plus loin sa migration.

Une salpingite unilatérale ou à prédominance telle peut provoquer cette hyperhémie au niveau de l'autre trompe et amener la nidation ectopique.

Des manœuvres abortives intra-utérines, après un retard de règles de quelques jours (l'œuf fécondé met environ une semaine pour parcourir son trajet tubaire) peut, par cette hyperhémie, déclencher une greffe tubaire. Nous en avons une illustration dans l'observation de Douay (observation XII) où les manœuvres intra-utérines ont déclenché et la salpingite et la grossesse extra-utérine.

Jusqu'à présent, nous avons considéré l'ovule et

l'œuf fécondé sans altération préalable. Mais presque toujours, à l'atteinte salpingienne, s'ajoute une atteinte de l'ovaire :

— soit ovarite infectieuse ;

— soit ovarite scléro-kystique hypertrophique ou atrophique.

L'ovule qui en est issu serait troublé dans sa vitalité : opinion défendue par Poorsen, Mauthner, Sippel et Henricius. Ces auteurs attribuent aux troubles biologiques dont serait atteint l'œuf, et à la modification de la viscosité du liquide folliculaire, la lenteur de la migration ovulaire. L'œuf, augmentant de volume, ne peut plus franchir les segments rétrécis du canal tubaire.

Les recherches modernes semblent prouver du reste que l'œuf, pour se greffer, a besoin d'un certain développement. Quand il l'a atteint, il se nide où il se trouve. Tout retard dans la traversée de la trompe et les salpingo-ovarites, nous l'avons vu, réalisent ce retard, soit par les lésions tubaires, soit par les lésions ovariennes, font que l'œuf devient propre à se greffer et il se greffe là où il est (Brindeau).

LES SALPINGO-OVARITES DANS L'ETIOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

« Deux courants opposés se font jour. Les uns, avec Bland-Sutton, Martin, Pinard, Paquy, nient l'influence de la salpingite sur la grossesse extra-utérine. Ils s'expliquent mal comment une muqueuse salpingienne pathologique pourrait servir de greffe à l'œuf. Les autres, avec Lawson Tait, Teinturier, Petersen, Vignard, pensent, au contraire, que les lésions de la trompe favorisent l'arrêt de l'œuf fécondé au cours de sa migration, d'où production d'une grossesse ectopique. Il est certain que, dans nombre d'opérations de grossesses extra-utérines, on trouve des brides ou des torsions qui déforment les deux trompes; cela permet même d'expliquer les récurrences de cette anomalie. C'est plutôt, croyons-nous, le rétrécissement de la trompe qui provoque la grossesse extra-utérine; les lésions de la grossesse tubaire sont de peu d'importance ». (Brindeau, *Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*.)

C'est en ces termes que Brindeau, en 1917, résumait l'opinion générale sur le rôle étiologique des salpingites dans les grossesses tubaires. Actuellement, ce rôle est admis ; mais la discussion reste ouverte quant à la fréquence des salpingites à l'origine des grossesses ectopiques.

Pour nombre d'auteurs, elles ont un rôle étiologique prédominant, et l'endo-salpingite gonococcique semblerait plus particulièrement en cause. Shauta et Duhressen retrouvent la blennorragie dans deux tiers des cas de grossesse ectopique, et ils ont pu, dans bien des cas, démontrer l'existence de salpingites gonococciques du côté opposé.

Grove a constaté une histoire de blennorragie maritale dans cinq cas sur sept de grossesse extra-utérine.

Rabinovitz, après étude de 147 cas de grossesses ectopiques, et Hahn, se basant sur 246 cas. des hôpitaux de Vienne, arrivent à la conclusion que la blennorragie est la cause la plus fréquente des grossesses tubaires. La contre-épreuve, comme le font remarquer Grove, Delée et Ahfeld, est fournie par le fait de la rareté des grossesses extra-utérines dans les communes rurales, due elle-même au petit nombre d'infection blennorragique dans les campagnes.

Beaucoup d'auteurs se montrent plus prudents quant à l'origine de l'infection annexielle, mais tiennent pour important le rôle étiologique des salpingi-

tes. Dans une statistique portant sur 210 cas, Wiegand relève 98 cas de lésions inflammatoires reconnues macroscopiquement : hydro-salpinx, pyo-salpinx, adhérences. Jaime Salvador, dans les « Archivos de la Asociacion medica », publie une proportion de 48,48 % d'annexites au cours des grossesses tubaires. Hartmann, après analyse de 186 cas de grossesses extra-utérines, arrive à la conclusion que les annexes du côté opposé, dans une forte proportion, ont été le siège de lésions le plus souvent inflammatoires. « En regard de 30 cas où les annexes ont paru saines, nous avons trouvé 37 cas présentant des lésions manifestes, le plus souvent kystiques, — 2 fois une inflammation simple, — 1 fois, une salpingite suppurée avec gonocoques constatés dans la trompe ; dans un cas, il y avait un hémato-salpinx du côté opposé ». (Hartmann). Dans la thèse de Cazalis, sur 28 cas de grossesses extra-utérines, nous avons relevé 4 observations de lésions salpingiennes purulentes associées et 6 observations où les trompes opposées étaient fermées ou adhérentes.

H.-C. Falck, au terme d'un article sur la « salpingite folliculaire », arrive aux conclusions suivantes : une inflammation de la trompe a été trouvée dans un grand nombre de cas de grossesses extra-utérines ; le résultat final de l'infection, si elle n'a pas été assez virulente pour détruire la lumière tubaire et obturer le pavillon, est la formation d'espaces pseudo-glandulaires et, pres-

que toujours, l'œuf se nide au niveau de ces diverticules. Pour lui, la salpingite folliculaire résumerait, dans 90 % des cas, l'étiologie des grossesses extra-utérines. Pour appuyer son opinion, il cite les cas de C.D. Williams et de Opitz, où il en a été de même.

Pour ces auteurs, même les malformations tubaires congénitales ne le seraient pas en réalité ; il s'agirait plutôt d'une métaplasie sous l'influence de l'infection et d'un retour au type originel.

Paul Moure, dans une mise au point, prétend que l'examen histologique montre la fréquence de l'intégrité absolue des trompes dans la grossesse extra-utérine. A. Guillemin, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, disait : « Pour notre part, sur une centaine environ d'interventions pour grossesses extra-utérines rompues ou non, nous n'avons pu en fixer la raison que dans une dizaine de cas, bien que l'examen anatomo-pathologique soit systématiquement pratiqué. »

Entre ces deux opinions extrêmes, il faut, comme toujours, être éclectique. S'il est démontré que la salpingite peut être une cause favorisante de la grossesse ectopique, on ne peut, devant la divergence d'opinion des auteurs, fixer réellement son importance dans l'étiologie de la grossesse tubaire. Dans tous les cas, elle ne résume pas *toute* l'étiologie de la grossesse tubaire.

Il est un fait certain : la fréquence réelle des infec-

tions utéro-annexielles dont il faut rapprocher le plus grand nombre de grossesses ectopiques ; faut-il voir là un rapport de cause à effet ? Beaucoup d'auteurs le pensent et voient dans le plus grand nombre d'avortements criminels et des infections utéro-annexielles qui les compliquent, un facteur expliquant le plus grand nombre de grossesses ectopiques.

La récidive de la grossesse extra-utérine au niveau de la trompe restante pourrait s'expliquer par la persistance du foyer infectant utérin entretenant une infection peu virulente au niveau de la trompe et amenant des désordres microscopiques.

Beaucoup signalent la fréquence d'adhérences au cours d'interventions, reliquats d'une infection qui ne s'est pas manifestée cliniquement avec fracas.

Brindeau et Jeannin observent généralement une longue période de stérilité entre la dernière grossesse normale et la production de grossesses extra-utérines et ils pensent que ce fait serait en faveur de l'étiologie inflammatoire de la grossesse extra-utérine. Là encore il s'agirait d'une infection latente, qui a organisé à bas bruit des lésions tubaires facilitant la nidation ectopique. Ce fait se vérifie dans nos observations, à part l'observation de Déjardin (observation V), où la grossesse extra-utérine a suivi presque immédiatement une métrite-salpingite puerpérale.

Enfin, ceux-là même qui défendent l'étiologie, inflammatoire pour une large part, de la grossesse extra-

utérine, prétendent que la salpingite est cause de stérilité. Paradoxe en vérité, mais ce paradoxe n'est qu'apparent. Il y a stérilité, en effet, après des manifestations inflammatoires cliniques assez importantes pour avoir attiré l'attention et de la malade et du médecin, alors qu'au cours des grossesses ectopiques ce sont des lésions qu'on lit à ventre ouvert et qui ont pu se passer de manifestations cliniques. A cela, il faut ajouter que le dogme de la stérilité après la salpingite semble quelque peu exagéré et sujet à révision. Et, comme le fait remarquer notre Maître, le Docteur Desnoyers, la question est mal posée et il importe de distinguer les endo-salpingites gonococciques où la stérilité est fréquente et la péri-salpingite d'origine puerpérale, où la fécondation est possible et l'œuf siège alors où il peut.

DIAGNOSTIC

« Je suis appelé, une nuit, auprès d'une malade exsangue, sans conscience, presque morte, d'une hémorragie interne, sans doute considérable, et qu'il faut opérer, même sans pouls. Pendant l'intervention, à deux reprises, nous croyons la malade morte ; l'intervention se passe sans anesthésie ; je vide en toute hâte un épanchement énorme, je fais une hystérectomie, car il y a de grosses lésions annexielles du côté opposé à la rupture de grossesse ectopique, et je fais heureusement redresser la malade avant de refermer, ce qui permet de voir revenir du diaphragme du sang et le fœtus de trois mois et demi, qui avait failli être abandonné en plein ventre. Pendant vingt-quatre heures, cette malade n'eut ni une pulsation perceptible, ni une goutte d'urine. A force de toniques, de sérums intra-veineux, de transfusions, elle guérit. Elle put alors me raconter l'histoire : un médecin « spécialiste » lui donnait des soins depuis deux mois, trois fois par semaine ; il avait encore fait un pansement un quart d'heure avant la syncope. Voilà un gynécologue qui tamponne, met ses crayons, dilate le col,

et méconnaît une grossesse extra-utérine de trois mois. Ici... c'est l'abstention chirurgicale et le zèle du traitement médical qui faisaient le risque de mort. » (Mondor, *Diagnostics urgents*.)

Dans notre observation N° 1 (grossesse extra-utérine et pyo-salpinx), l'histoire clinique de notre malade faisait penser à une grossesse extra-utérine rompue et infectée, que confirmaient la température, la ponction du Douglas et les renseignements fournis par l'examen biologique des urines. Nous préparions notre malade pour une intervention fixée au lendemain, lorsque, dans la nuit, elle rompt un pyo-salpinx virulent. Et, malgré une intervention immédiate, un drainage large, elle meurt de péritonite généralisée.

Déjardin, après la publication de son observation (que nous lui avons empruntée : observation V), conclut ainsi : « Chose curieuse, c'est le peu de symptômes accompagnant cette lésion (la grossesse ectopique), il est notoire qu'une affection puisse revêtir des aspects aussi variés que la grossesse ectopique. Ici, en somme, nous n'avons aucun symptôme de grossesse et encore moins de rupture. L'écoulement sanguin, après la deuxième menstruation, le toucher vaginal : existence de tumeurs juxta-utérines, tuméfaction et sensibilité du Douglas, éclairait seuls le diagnostic. »

Dans l'observation N° 7, chez la malade de Brin-

deau, on intervenait pour une salpingite double (diagnostic clinique) et, à l'intervention, on découvrit une salpingite suppurée d'un côté et une grossesse extra-utérine de l'autre.

Nous-même, assurant le remplacement d'un médecin, fûmes appelé un après-midi auprès d'une femme âgée de quarante ans environ, ayant mené à terme plusieurs grossesses et soignée, depuis un certain temps, pour une métro-salpingite. Elle se plaignait de douleurs abdominales basses peu violentes et sa température était élevée. Ses règles ont été, jusque-là, normales. Elle n'avait pas perdu de sang depuis ses dernières règles. Au toucher, les culs-de-sac étaient uniformément douloureux et l'utérus difficile à délimiter au toucher combiné au palper abdominal, par suite d'une légère défense musculaire. Le diagnostic de crise aiguë de salpingite fut porté et la femme fut mise au repos au lit, avec de la glace sur le ventre et des injections chaudes intra-vaginales. Je me proposai d'aller la revoir le lendemain, lorsque, par téléphone, je fus prévenu, par un confrère chirurgien, qu'elle avait été opérée d'urgence dans la nuit. Lui-même avait été appelé auprès d'elle; il trouva une femme exsangue et décida une intervention immédiate. Devant l'importance des lésions salpingiennes du côté opposé à une grossesse extra-utérine rompue, il se vit obligé de faire une hystérectomie subtotale.

Il existe, au surplus, une forme pseudo-salpingienne

de la grossesse extra-utérine et son diagnostic n'est pas toujours facile. Que dire alors lorsque s'associe à une grossesse extra-utérine une salpingite en évolution? Ces exemples montrent la difficulté réelle du diagnostic, diagnostic pourtant nécessaire avant les accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine, afin d'éviter une thérapeutique intempestive.

Le diagnostic peut se poser dans deux cas.

I. — *Grossesse extra-utérine s'associant à une salpingite chronique.*

C'est, en général, le diagnostic de grossesse ectopique qu'on pose. L'erreur est de peu d'importance; l'intervention est décidée et c'est elle qui complète le diagnostic.

Ce peut être une femme qu'on voit pour la première fois, mais ce peut être aussi une femme connue, depuis longtemps suivie pour sa salpingite. Après une période de latence où les signes cliniques ont pu rétrocéder, des troubles de règles : irrégularité initiale, avance ou retard, suivie de pertes continues, noirâtres, de douleurs parfois, alors que se développe une masse latéro-utérine, sans poussée thermique, sans poussée leucocytaire, font dire : grossesse ectopique et écarter le diagnostic de nouvelles poussées salpingiennes. L'examen biologique des urines amène la certitude.

Si, dans ce cas, le diagnostic n'offre aucune difficulté, il n'en sera plus de même si :

II. — *La grossesse extra-utérine s'associe à une salpingite suppurée.*

L'erreur est presque fatale, les deux affections vont superposer leur symptomatologie et c'est à la symptomatologie la plus bruyante qu'on va accorder le plus d'attention. Rien, dans les signes cliniques, ne permet une différenciation; seule, la ponction du Douglas, si elle est pratiquée, peut amener le doute. Et si l'erreur est inéluctable, il faut reconnaître qu'il existe un moyen de l'éviter, si on y pense : c'est de demander un examen biologique des urines. Il faut y penser et c'est le laboratoire seul qui fait le diagnostic.

Il est une autre erreur qu'il faut signaler : faire le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine et, devant les poussées thermiques, penser à son infection et méconnaître la salpingite concomitante. Il existe des signes de différenciation de ces deux affections : courbe thermique et courbe leucocytaire plaident en faveur de la salpingite. On peut ne pas y attacher d'importance et l'erreur est grosse de conséquence. Dire hématocèle infectée et intervenir par colpotomie amène des désastres, comme le signale Mondor : « Il ne faut pas, avec un diagnostic trop prompt de collection suppurée, se précipiter aussitôt sur la colpotomie, ni s'en remettre aveuglément à elle. Laurentie, qui la pratiqua, et combien d'autres, croyant à des phéno-

mènes septiques graves, ont eu une hémorragie foudroyante par le vagin, qui obligea à un très sérieux tamponnement. » (Mondor : *Diagnostics urgents*.)

Ici encore, c'est au laboratoire qu'il faut demander le diagnostic, la présence de chiffres élevés d'hormones dans les urines ou dans le sang, doit faire naître la méfiance et réviser le diagnostic.

TRAITEMENT

Seules, les interventions par voie haute abdominales sont de mises.

La conduite à suivre est différente suivant qu'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine rompue, ou suivant qu'on intervient pour prévenir les accidents hémorragiques.

En présence d'une femme exsangue, le seul souci, après avoir tari la source de l'hémorragie, est de terminer au plus vite l'acte opératoire. On conçoit aisément qu'on est souvent réduit à faire le minimum, après vérification de la trompe opposée, — et, si les lésions sont importantes, une annexectomie de ce côté est le maximum de ce que l'on peut faire.

Il en est autrement chez une femme bien préparée à l'intervention, ayant peu saigné. Après vérification soigneuse du côté opposé, et suivant l'état de l'utérus, on peut, suivant les cas, pratiquer simplement une annexectomie ou une hystérectomie, limitée ou étendue.

Telle est la conduite uniformément admise.

Devant la possibilité d'une récurrence de la grossesse ectopique au niveau de la trompe restante (5 % des

cas), faut-il pratiquer systématiquement une intervention radicale, même en présence d'une trompe saine ou peu altérée dans son aspect macroscopique? Il n'y a pas là de règle précise. La conduite opératoire doit être dictée : par l'âge de la femme, son passé génital, le nombre d'enfants vivants et, en définitive, par l'état de l'utérus.

GROSSESSE EXTRA-UTERINE ET SALPINGITE TUBERCULEUSE (1)

L'association de la grossesse extra-utérine à la salpingite tuberculeuse est peu fréquente. Les lésions caséuses provoquent un tel bouleversement dans l'architecture du tractus général que la fécondation est impossible. Il en est de même dans les formes non suppurées qui tapissent le bassin de telles adhérences et font disparaître la lumière tubaire. Ce n'est que dans les formes qui simulent les salpingites banales, n'était l'examen histologique, où la lumière tubaire est partiellement conservée, que la fécondation reste possible. Il est classique de dire que la stérilité est la règle dans toutes les formes de salpingite tuberculeuse et, s'il y a grossesse, celle-ci est assez souvent ectopique (Martin).

OBSERVATION (1)

Grossesse extra-utérine et salpingite tuberculeuse primitive

J... H..., âgée de 37 ans, est admise à l'Hopkins Hospital, le 12 février 1937, pour douleurs abdominales et pertes vaginales.

(1) C.-S. STEVENSON et L.-R. WARTHON.

Antécédents : au cours de son enfance et de son adolescence, fatigue vespérale et asthénie persistante au point que son père médecin avait suspecté une atteinte tuberculeuse, sans toutefois en découvrir la localisation.

Réglée à l'âge de 13 ans ; règles irrégulières et douloureuses.

S'est mariée à l'âge de 26 ans. Pas d'enfant.

En décembre 1936 : Après un retard de règles de treize jours (fait qui n'a pas paru anormal chez elle) e installent des pertes continues. A l'examen, col dur, utérus petit, annexe gauche augmentée de volume. Le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche est posé.

Les métrorragies, après un arrêt au début de janvier, reprennent toujours peu abondantes, mais persistantes et un deuxième examen pelvien est pratiqué.

Le 5 février 1937 : Utérus petit, dur, mobile. Corne gauche irrégulière, masse arrondie dans le cul-de-sac gauche, toujours prise pour un kyste de l'ovaire.

Le 12 février 1937 : Brusquement, douleurs abdominales vives, surtout marquées dans la région sous-ombilicale, contracture abdominale, masse annexielle gauche. Température : 99 F, pouls 68, tension artérielle : 10/7. On décide d'intervenir d'urgence, avec le diagnostic de rupture intra-péritonéale d'un kyste de l'ovaire.

INTERVENTION :

Hémorragie intra-péritonéale, 200 cc. environ. L'utérus est criblé de petits fibrômes. Le petit bassin est cloisonné d'adhérences volumineuses. Grossesse tubaire rompue à gauche. Aspect inflammatoire du péritoine pelvien, attribué à l'irritation sanguine. Hystérectomie subtotale.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

Utérus fibromateux. Trompe droite recouverte d'une séreuse enflammée, parsemée de nodules, à parois épaissies ; cavité remplie de sang. Ovaire droit : corps jaune de grossesse. Trompe gauche : nodulaire par endroits ; à son extrémité distale siégeait un œuf sans fœtus.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Trompe gauche : au niveau du tiers proximal, le stroma contient des cellules géantes de Langhans, musculuse mince, séreuse épaissie contenant des petits nids de lymphocytes. Mêmes lésions au niveau de la partie proximale avec, en outre, muqueuse nécrosée, infiltrat leucocytaire et villosités choriales incrustées dans la paroi ; réaction déciduale autour des villosités choriales.

Trompe droite : mêmes lésions tuberculeuses.

Ovaire droit : corps jaune de grossesse.

Utérus : au niveau du stroma ; par endroit, tubercules avec infiltrat leucocytaire et cellules géantes.

Le diagnostic définitif était : grossesse extra-utérine gauche et salpingite tuberculeuse bilatérale.

La malade, revue quatorze mois après l'intervention, était en bonne santé ; les troubles de l'état général avaient disparu ; l'extirpation du foyer tuberculeux avait amené un relèvement de l'état général.

CONCLUSIONS

I. — Les salpingites, par les *séquelles* qu'elles laissent au niveau des trompes :

- disparition des cils vibratiles,
- réduction de la lumière de l'oviducte,
- formation d'espaces pseudo-glandulaires,

par l'*hyperhémie* qu'elle provoque au niveau de l'autre trompe saine ou peu altérée, sont une des causes favorisantes de grossesses tubaires. Les ovarites qui les accompagnent retentissent certainement, mais dans des proportions qu'on ne peut définir tant cette action paraît actuellement obscure, sur la valeur biologique de l'ovule et par là même favoriseraient sa greffe ectopique.

II. — Si cette étiologie paraît souvent vraisemblable, il est impossible de fixer exactement dans quelle proportion. Mais il semble qu'il faille accorder une large place, dans la genèse des grossesses tubaires, aux salpingites.

III. — L'association de la grossesse tubaire à une salpingite suppurée soulève des problèmes diagnos-

tiques presque insolubles sans le secours du laboratoire.

IV. — Et pourtant ce diagnostic est nécessaire pour éviter une action thérapeutique intempestive. Le traitement, d'ailleurs, consiste, comme dans toute grossesse extra-utérine, à intervenir avant les accidents hémorragiques et après avoir extirpé la poche ovulaire à traiter pour le mieux les lésions du côté opposé : annexectomie ou hystérectomie plus ou moins élargie, suivant l'état de l'utérus. Si on intervient d'urgence pour des accidents hémorragiques, le premier souci est de tarir la source de l'hémorragie et, après avoir vérifié les annexes du côté opposé, faire le minimum : annexectomie si les lésions sont importantes.

V. — Quant à la greffe d'un œuf fécondé au niveau d'une trompe atteinte de tuberculose, elle semble rare ; le diagnostic n'est souvent posé qu'après examen histologique : cette greffe survient le plus souvent au cours de salpingites tuberculeuses qui simulent les salpingites banales.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AIGROT. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 21 février 1924.
- BLAND-SUTTON. — *Lancet*, 1904.
- BRINDEAU. — Salpingo-ovarites compliquant la grossesse.
Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, 1917, I, p. 1.
- CAZALIS. — Vingt-huit observation de grossesse extra-utérine. *Thèse*, Paris, 1919.
- DÉJARDIN. — Métro-salpingite puerpérale et grossesse extra-utérine. *Bruxelles Médical*, 6 mai 1938, p. 1.
- FALCK. — Follicular salpingitis important factor in etiology of ectopic gestation. *American Journal of Obst. and Gynecology*, 15 juin 1928 (p. 821-828).
- GROVE. — *Surg. Gynec. and Obst.*, 1926.
- GUILLEMIN. — A propos de l'étiologie des grossesses tubaires. *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, N° 6, juin 1938.
- HARTMANN. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, N° 6, 1919.
- KELLY. — *Operative gynecology*, D, Appleton, 1912.
- LASH (A.-F.). — Human ovum in salpingitis isthmica nodosa. *American Journ. of Obst. and Gynec.*, 30, avril 1938, p. 287-288.
- LOEB and HUNTER. — *Penn. Med. Bull.*, 1908.
- MAUDE and SMIDT. — *Arch. f. Gynäk*, 1898.

- MERAT. — Salpingite et gestation. *Thèse de Paris*, 1926.
- MONDOR. — Diagnostics urgents.
- OPITZ. — *Ztschr f. Geburtsh, u. Gynäk*, 1902.
- PASTORINI. — Embarzazo extra-uterino quiste intraligamentario del ovario salpingitis suppurada concomitantes. *Prensa medica Argentina*, April 10, 1930, p. 1474.
- RABINOVITZ. — *American Jour. Obst.*, 1911.
- SALVADOR (Jaime). — Considerationes sobre 205 casos de Embarazo Ectopias. *Archives de la Asociation medica*.
- STEVENSON (C.-S.) & WARTHON (L.-R.). — Tubal pregnancy with tuberculous salpingitis. *Am. Jour. Obst. and Gyn.*, Février 1939, p. 303-310.
- WIEGAND. — Statistique de grossesse extra-utérine. *Journal de Chirurgie*, 1921.
- WILLIAMS. — *Surg. Gynec. and Obst.*, 1908.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Observations	13
Anatomie pathologique	37
Pathogénie	41
Les salpingo-ovarites dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine	45
Diagnostic	51
Traitement	57
Grossesse extra-utérine et salpingite tuberculeuse....	59
Cnclusions	63
Bibliographie	65



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



